

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS Leocádia, Pelotas/RS

Noalvis Noblet Baro

Pelotas, 2015

Noalvis Noblet Baro

Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS Leocádia, Pelotas/RS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família Modalidade a Distância UFPEL/UNASUS como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenice Muniz de Quadros.

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

B264m Baró, Noalvis Noblet

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Sistêmica Arterial e/ou Diabetes Mellitus da UBS Leocádia Pelotas/RS / Noalvis Noblet Baró; Lenice Muniz de Quadros, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

71 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Quadros, Lenice Muniz de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho a meus seres mais queridos que sempre depositaram confiança em mim, me apoiando em tudo e tiveram paciência pela ausência durante todo o tempo.

Agradecimentos

A **Equipe de Saúde da Família da UBS Leocádia**, pela ajuda na implementação da intervenção e das ações desta Especialização.

Aos **usuários** que concordaram em participar deste trabalho tornando possível sua realização.

Agradeço a **UFPeI** por proporcionar esta especialização para meu crescimento profissional e pessoal.

Obrigada a minha orientadora, **Lenice Muniz De Quadros** pela orientação e preocupação constante ao longo do curso em todos os momentos de dificuldade que passei.

RESUMO

BARO, Noalvis Noblet, **Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS Leocádia, Pelotas/RS.** 2015. --f. Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade Aberta do SUS- UNASUS da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus se constituem como as principais Doenças Crônicas Não-Transmissíveis geradoras de possíveis complicações como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. Mediante a Análise Situacional, verificou-se a necessidade de qualificar a atenção ao hipertenso e diabético na Unidade Básica de Saúde Leocádia, Pelotas/RS. Considerou-se para a intervenção os objetivos de aumentar a cobertura e a adesão, qualificar a atenção, o registro das informações, mapeamento dos usuários de risco cardiovascular e promoção a saúde, assim como, utilizaram-se indicadores para avaliar a evolução da intervenção ao longo de quatro meses que ocorreu entre agosto a dezembro de 2014. Foram utilizados como referência os protocolos 36 e 37 do Ministério da Saúde e os instrumentos disponibilizados pelo curso que foram a ficha-espelho e a planilhas de coleta de dados. As estimativas apontavam que na área de abrangência da UBS havia 608 hipertensos e 150 diabéticos, é uma estimativa porque na UBS não existia nenhum registro de usuários, só os prontuários. Após a intervenção, as coberturas atingiram 15,5%(94) para hipertensos e 22,0% (34) para diabéticos e em relação à qualidade do serviço atingiu-se 94% dos hipertensos e 97% dos diabéticos com exames complementares, 100% de usuários hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular e 100% de atividades de educação em saúde. Entretanto, a Saúde Bucal se mantém com dificuldades no processo de trabalho, sendo atingidos 19,1% (18) para hipertensos e 21,2% (7) para diabéticos frente à atividade de avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A ação programática voltada aos hipertensos e/ou diabéticos foi incorporada à rotina da UBS, ainda que, com limitações derivadas da infraestrutura e da demora no retorno dos resultados de exames, mas mesmo com dificuldades foi possível observar melhorias no atendimento aos usuários, sugerindo-se, ainda maior engajamento público.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; *Diabetes Mellitus*; Hipertensão

Lista de Figuras

Figura 01	Fachada da UBS.....	16
Figura 02	Fachada da UBS.....	16
Figura 03	Encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos.....	37
Figura 04	Encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos.....	38
Figura 05	Encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos.....	38
Figura 06	Encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos.....	39
Figura 07	Encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos.....	40
Figura 08	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.....	42
Figura 09	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.....	43
Figura 10	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	44
Figura 11	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	45
Figura 12	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	46
Figura 13	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	47
Figura 14	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.....	48
Figura 15	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	49
Figura 16	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	50
Figura 17	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	51

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAIC	Centro de Atendimento Integral Criança
CEO	Centro Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBAI	Unidade Básica de Atendimento Imediato
UFPEL	Universidade federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PCD	Planilha Coleta De Dados

Sumário

1	Análise Situacional.....	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3	Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional	17
2	Análise Estratégica.....	18
2.1	Justificativa.....	18
2.2	Objetivos e Metas	19
2.2.1	Objetivos Específicos:	19
2.2.2	Metas:.....	20
2.3	Metodologia	22
2.3.1	Ações.....	22
2.3.2	Indicadores	26
2.3.3	Logística	33
2.3.4	Cronograma	35
3	Relatório da Intervenção	36
3.1	Ações previstas e desenvolvidas.....	36
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	40
3.3	Aspectos relativos a coleta e sistematização dos dados	40
3.4	Viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço.....	40
4	Avaliação da Intervenção	41
4.1	Resultados	41
4.2	Discussão.....	57
5	Relatório da Intervenção para os Gestores.....	59
6	Relatório da Intervenção para a Comunidade	61
7	Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	63
	Referências.....	64
	ANEXOS.....	65

Apresentação

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes, no município de Pelotas, RS, intitulada “**Melhoria da atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS Leocádia, Pelotas/RS.**”

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas.

Unidade 1: Análise Situacional - apresenta a avaliação da estrutura, processo de trabalho e ações programáticas que embasaram a Unidade 2 para fins de definição do foco da ação programática a ser desenvolvida. De fevereiro até maio de 2014.

Unidade 2: Análise Estratégica - consiste no projeto de intervenção. De Maio até julho de 2014.

Unidade 3: Relatório da intervenção_descreve a intervenção realizada na unidade de saúde. Ocorreu de agosto até dezembro de 2014.

Unidade 4: Apresenta a avaliação da intervenção com a descrição dos resultados, discussão e apresentação da intervenção ao gestor e comunidade.

Unidade 5: Reflexão Crítica -apresenta a reflexão crítica sobre o processo do trabalho,aprendizagem no decorrer do curso e na implementação da intervenção. Fevereiro de 2015.

Unidade 6: Referencias e anexos contendo as referências utilizadas neste trabalho bem como os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

Eu sou Noalvis Noblet Baro, estou trabalhando na Unidade Básica de Saúde (UBS) Leocádia desde o dia 29/11/2013, onde fui muito bem acolhida com muito respeito, carinho e cooperação por todas as colegas que já atuam na unidade há muito tempo. Sinto-me á vontade para realizar meu trabalho e segundo os usuários que consulto, eles falam-me que estão gostando muito do meu atendimento e da forma atenciosa que os trato. Consigo entender-me bem com todos eles, mas se encontro alguma dificuldade a equipe me ajuda com prazer.

A UBS Leocádia tem esse nome decorrente da localidade em que se encontra, que leva esse nome, mas oficialmente chama-se Posto de saúde Vicente Lima, em homenagem ao morador e fundador da Associação de Moradores da Vila Leocádia, que pertence ao Barrio Areal. Foi neste bairro que teve inicio a cidade de Pelotas. A unidade foi construída com recursos da Gestão do Ministro da Previdência e assistência social, Raphael de Almeida Magalhães de presidente do INAMPS[hoje INSS], Hésio Cordeiro, do secretário da saúde do estado do Rio Grande do Sul, Antenor Ferrari, do superintendente regional do INAMPS, Alberto Beltrame, do Prefeito Municipal de Pelotas, José Maria Carvalho da Silva e secretário da saúde e do bem estar do município de Pelotas, Ricardo Nogueira, vindo a ser inaugurada em setembro de 1988.

Essa região tem aproximadamente 10 000 habitantes, sendo que na sua maioria, são pessoas idosas, tendo como patologias principais a hipertensão

arterial sistêmica crônica, diabetes mellitus, cardiopatias, depressão, ansiedade, alcoolismo, entre outras. A gravidez na adolescência já foi mais presente, sendo que a maioria tem um filho de cada novo parceiro, mas atualmente não temos tido novos casos, não sei dizer ainda se é por esclarecimento das jovens ou se por vergonha estão procurando outras unidades; até mesmo não tem procurado a UBS mulheres adultas grávidas. Talvez isso esteja ocorrendo pela facilidade que as mulheres têm em obter de graça na unidade pílulas anticoncepcionais, injetáveis com duração para trinta dias, três meses e camisinhas masculinas que estão à disposição da população em geral, no balcão da recepção, onde todos têm acesso sem precisar pedir, é só pegar.

Nossa unidade não é muito grande, mas é organizada; temos quatro consultórios, sendo que três médicos, um deles para atendimento ginecológico e um para assistente social, uma sala de procedimentos de enfermagem, uma sala para imunização onde também é utilizada para atendimento de puericultura e pré-natal, uma farmácia pequena, uma cozinha, duas áreas de luz, uma sala para verificação de pressão, entrega de medicamentos do hiperdia e pesagem dos usuários, uma sala de reunião, sala de espera para usuários, uma recepção, um consultório odontológico, uma sala para o expurgo e dois banheiros, um para os usuários e outro para uso dos funcionários. Ela foi recentemente pintada. Atualmente somos duas medicas clinicas gerais, uma enfermeira, uma ginecologista, uma pediatra, uma assistente social, uma dentista, uma agente administrativa, uma técnica de enfermagem e uma higienizadora. Estamos aguardando chegar mais uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS) para então formarmos as duas equipes para começarmos a Estratégia de Saúde da Família (ESF); a UBS só funcionava de manhã agora estamos abrindo à tarde também, apenas eu, a enfermeira, a agente administrativa e a higienizadora sendo que as três últimas estão trabalhando sob a forma de horas extras. As demais profissionais só trabalham no período da manhã, com exceção da outra médica clinica geral que está de férias e assim que voltar ao trabalho, nos acompanhará no período da tarde, também. Estou aguardando com ansiedade a formação das equipes de ESF,

pois assim poderei ter maior contato com todos os moradores da minha região e vir a conhecer melhor suas necessidades de perto, através das visitas domiciliares e então organizar um plano de atendimento para amenizar seus problemas e queixas.

Vim para essa cidade para trabalhar e dar o melhor de mim, por em prática toda a experiência que tenho em Saúde preventiva para ajudar a melhorar a qualidade de vida dessa população, aumentar a sua autoestima e a esperança de cada um deles de que juntos podem melhorar e modificar muitas coisas. É um trabalho longo de formiguinha, porque não é fácil modificar os hábitos e vícios alimentares, a higienização, o sedentarismo, o uso de medicação prescrito por um vizinho, os jovens aceitarem nossas orientações, etc. É um trabalho novo que será implantado para uma população. Novas ideias são sempre difíceis de serem implantadas, mas o importante é o comprometimento de todas as equipes com a comunidade e isso que vai valer a pena. Tenho certeza absoluta que a cada semente que plantamos hoje, colheremos bons frutos no futuro próximo, é por isso que estou aqui, quero fazer parte dessa mudança e ver meu trabalho dia a dia obtendo muitos frutos.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Pelotas, cuja população é de 341.180 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), possui sistema de saúde constituído por 51 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo destas, 31 Estratégias Saúde da Família (ESF) e 19 Tradicionais, um Centro de Especialidades (Médicas), uma Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI Navegantes), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Jequitibá, nove Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e seis hospitais (02 universitários, 03 filantrópicos, 01 privado). Portanto, disponibiliza atenção de baixa, média e alta complexidade. Ainda não possui Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Estou lotada na UBS Leocádia desde o dia 29/11/2013, onde fui muito bem acolhida, com muito respeito e carinho por todos os colegas que já atuam na unidade há muito tempo, nossa unidade não é muito grande, mas é organizada, temos 3 consultórios, 1 sala de odontologia, 1 sala de procedimentos de enfermagem, 1 sala para verificação de pressão, 1 sala para imunização onde também é utilizada para atendimento de puericultura, 1 farmácia pequena, 1 sala para verificação de pressão e entrega de medicamentos do hipertenso e pesagem dos usuários, 1 sala de reunião, 1 sala para a assistente social, 1 sala de espera para usuários, 1 recepção, 1 cozinha, 1 sala de expurgo e 2 banheiros (1 para os usuários e outro para os funcionários da unidade), atualmente somos duas médicas clínicas gerais, uma pediatra, uma ginecologista, uma odontóloga, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma assistente social, uma agente administrativa e uma higienizadora.

Na unidade de saúde é inadequado o acesso de idosos e portadores de deficiências por exemplo a falta de corrimãos, de banheiros adaptados para esses usuários, as barreiras arquitetônicas dificultam o acesso aos serviços de saúde, o envelhecimento populacional, aumento da demanda de idosos aumento das doenças crônicas e a utilização das UBS por pessoas com deficiência física tornam indispensável a intervenção institucional no sentido de qualificar e promover melhorias na estrutura das UBS.

Em relação às atribuições das equipes os profissionais de UBS não participam do processo de territorialização e mapeamento da área de abrangência, não são realizadas pequenas cirurgias, não são realizados os atendimentos de urgência e emergência, não são realizados os cuidados domiciliares. Desta forma não podemos fazer uma boa promoção e prevenção de agravos, o diagnóstico e tratamento, uma ótima reabilitação básica de saúde que são territorialidade (setorial e inter setorial) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculos e responsabilização entre equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade cuidado, coordenar a integralidade (trabalhar de forma multiprofissional, interdisciplinar e em

equipe), estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção de cuidado a saúde e das pessoas e coletividades do território, eu acho que o governo, às secretarias municipais de saúde e distrito federal devem participar para melhorar a saúde do povo.

Ainda não temos bem identificada e definida nossa área da abrangência, não temos agentes comunitários estão em processo de seleção para posterior contratação. Hipoteticamente devo trabalhar com uma população de 4000 habitantes, então o perfil demográfico segundo estimativas será do seguinte jeito: mulheres idade fértil (de 10-49 anos) =1240 mulheres de 25-64 anos=1101, mulheres de 50-69 anos=413, total de gestantes=60 para 1,5% da população, menores de 1 ano=48, menores de 5 anos =96, de 5-14 anos=599, de 15-59 anos=2620, mais de 60 anos=546, de 20-59 anos=2292, mais de 20 anos =2838, total de hipertensos=894, total de diabéticos =255. Na UBS temos demanda espontânea dos usuários, não temos excesso de demanda, a procura por atendimento é baixa.

A atenção as crianças não está estruturada de forma programática, a saúde das crianças de faixa etária de 0-72 meses é feito pela pediatra, mais não existe registro específico, não existe arquivo específico para o controle das consultas, são feitas nos prontuários. São atendidas crianças de nossa área de abrangência e de outras áreas, mãe ou responsável é quem traz a criança à UBS, sem haver o serviço de busca aos faltosos ou grupos de promoção de saúde.

Em relação ao Pré-Natal e Puerpério, na UBS as consultas das gestantes são feitas pela ginecologista mas no momento só temos uma gestante em atendimento, não existe registro específico e não existe arquivo específico para o melhor controle das consultas, devem existir outras gestantes na nossa área de abrangência que não consultam nesta unidade mais acredito que quando tivermos implantada a ESF esse número vai aumentar.

Realmente é muito importante um adequado controle do câncer de colo de útero e de mama já que através da detecção precoce pode se diminuir os indicadores de morbidade e mortalidade das mulheres. Na minha UBS só quem

realiza o controle é a médica ginecologista, eu fiz o preenchimento do Caderno pelo livro onde estão registradas as mulheres que fazem o controle, mas não temos outro registro (no livro não temos números de nossa área pois mulheres de outras áreas procuram a UBS para atendimento com a ginecologista), não temos um arquivo específico, já faz muito tempo que não temos mulheres doentes é o que refere a ginecologista que é responsável por esse seguimento no momento, até que comece a ESF, então nossa UBS vai ter um adequado cadastramento, registro e seguimento das mulheres de área da abrangência, já que atualmente temos assistência de mulheres de outras áreas de saúde, e deste jeito manter um ótimo trabalho e então dar uma adequada orientação das dicas para as mulheres se protegerem do câncer.

A Hipertensão e Diabete são doenças crônicas não transmissíveis, tem um alto indicador de morbidade e mortalidade no mundo em geral, por exemplo no Brasil a prevalência de Hipertensão varia entre 22% e 44% para adultos chegando a mais de 32%, em média, 50% para indivíduos com 60-69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose. Na UBS não temos registro, não temos arquivos específicos relativo aos hipertensos e diabéticos. Nós damos atenção nas consultas e fica nos prontuários, por esse motivo foi impossível fazer o preenchimento do caderno de ações programáticas já que na minha UBS temos aproximadamente 3000 prontuários, ainda não está definida minha área da abrangência, não tenho equipe de saúde formado, por enquanto é muito difícil fazer este preenchimento, eu estou ansiosa que em seguida esta situação mude e melhore para um adequado seguimento dos usuários com estas doenças porque deste jeito vamos ter um registro confiável e preciso da população de nossa área de abrangência e fazer ações encaminhadas a melhorar a qualidade de vida dos usuários.

Quanto ao atendimento aos idosos também não temos registros, existe a informação de que a maioria no bairro são pessoas idosas, por isto teríamos poucas gestantes e crianças mas não temos dados que confirmem está

informação. Procuramos dar o melhor atendimento possível aos idosos, não temos problemas quanto ao acesso e atendimento preferencial pois, conforme já descrito a demanda é baixa e todos que procuram a UBS conseguem atendimento. Não temos informação quanto a idosos fragilizados e/ou acamados que necessitem de atendimento e acompanhamento domiciliar. Espero que mude em breve está realidade.

Para melhoria destes indicadores uma medida seria a complementação da equipe mínima de enfermagem com o ingresso ACS e profissionais de enfermagem de 40 horas e implementar ações de promoção e busca ativa das faltosas.

Como já escrevi no texto inicial, vim para este país e mais especificamente está cidade, para trabalhar e dar o melhor de mim, por em prática toda a experiência que tenho em Saúde preventiva para ajudar a melhorar a qualidade de vida dessa população, aumentar a sua autoestima e a esperança de cada um deles de que juntos podem melhorar e modificar muitas coisas. Pelo que já conheci da realidade de minha UBS este será um trabalho longo de formiguinha, porque não é fácil modificar os hábitos e vícios do processo de trabalho que encontrei na UBS. É um trabalho novo que será implantado para uma população. Novas ideias são sempre difíceis de serem implantadas, mas o importante é o comprometimento de todos da equipe com a comunidade e isso que vai valer a pena. Tenho certeza absoluta que a cada semente que plantamos hoje, colheremos bons frutos no futuro próximo, é por isso que estou aqui, quero fazer parte dessa mudança e ver meu trabalho dia a dia obtendo muitos frutos.



Figura 1 – Fachada da UBS.
Fonte:arquivo da
especializanda.



Figura 2 – Fachada da UBS.
Fonte:arquivo da especializanda.

1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional

Transcorridos três meses de curso de especialização, da realização da tarefa da semana 02 de ambientação, observo que hoje conheço muito mais sobre a minha UBS e procuro a cada dia trabalhar para satisfazer as necessidades da população.

Entretanto, quanto a estrutura física, equipamentos, encaminhamentos para especialistas e exames de média complexidade permanecem na mesma situação, muito lento. A UBS continua com a mesma estrutura física. Os encaminhamentos para especialistas assim como exames seguem com tempo demorados ou quando agendados não atendem mais a necessidade do usuário, que já passou a ser outra, ou já realizou no sistema privado, ou foi a óbito. Ainda minha equipe de ESF está incompleta, pois ainda não ocorreu a seleção pública para ACS, e falta a técnica de enfermagem, a lógica de atendimento ainda não mudou, ou seja, todo serviço é basicamente curativo, não há ações programáticas. Portanto, neste momento, aguarda-se que haja a composição das equipes e capacitações para implantação da ESF assim como estrutura física adequada para funcionamento pleno da UBS como modelo efetivo de ESF.

2 Analise Estratégica

2.1 Justificativa

A Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiências de vários órgãos especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. O Brasil com o transcorrer do tempo vem fazendo muitas mudanças para melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade por estas doenças mas falta muito por fazer e melhorar. Eu vou fazer meu foco de intervenção com usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus porque na minha UBS temos a maioria das consultas para estes usuários e gostaria de melhorar a saúde e por enquanto diminuir estes indicadores de morbidade e mortalidade.

A estrutura da unidade básica de saúde não reúne todos os requisitos para cumprir adequadamente com a ESF porque não contamos com uma área para realiza as atividades grupais, não contamos com agentes comunitários de saúde para dar início a estratégia, a população ainda não está delimitada, não temos o registro dos usuários e por enquanto não temos o registro dos usuários hipertensos e diabéticos então deste jeito dificulta que se tenha um ótimo atendimento destes usuários.

Hipoteticamente quando a população for delimitada e cadastrada vamos ter uma população de 4000 usuários, aproximadamente, e segundo o Caderno

de ações programáticas a população alvo será de hipertensos 894 e 255 de usuários diabéticos, não posso dar um numero exato dos usuários hipertensos e diabéticos que temos na nossa área da abrangência e o total de usuários com atendimento destas doenças, às consultas ficam registradas apenas nos prontuários.

Minha equipe apesar de não estar completa, tem toda a disposição e comprometimento de trabalhar no foco de intervenção, já que é muito importante mudar o estilo de vida da população para um estilo de vida saudável e por enquanto melhorar a saúde destes usuários, para garantir deste jeito uma melhoria da qualidade de vida e por suposto diminuir os indicadores de morbidade e mortalidade por Hipertensão e Diabetes.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS Leocádia, Pelotas/RS

2.2.1 Objetivos Específicos:

1-Ampliar a cobertura de atendimento a usuários hipertensos e/ou diabéticos;

2-Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;

3-Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

4-Melhorar o registro das informações;

5-Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;

6-Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.2 Metas:

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos:

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de

Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações:

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5-Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doença cardiovascular:

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 - Promover a saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos:

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida no período de 04 meses na Unidade de Saúde da Família do bairro Leocádia, no Município de Pelotas, RS. Os atores envolvidos são os profissionais da equipe e os usuários. O projeto tem como finalidade melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da comunidade em questão. A organização para o trabalho consistirá em 4 etapas: análise situacional, planejamento, intervenção e avaliação. A população desta intervenção é constituída pelos usuários de 20 anos e mais, portadores das doenças Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Para realizar a coleta de dados serão utilizados a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pelo curso.

2.3.1 Ações

Eixo I - Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e dos diabéticos para todos, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos. Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e carteira do diabético, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do diabético, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do diabético, a ser realizado pela médica.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso/diabético, a ser realizado pela médica.

Eixo II - Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe na intervenção a ser realizada com usuário hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Apresentar e discutir com os profissionais da UBS o Caderno de Atenção Básica nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013, a ser realizado pela médica.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais em Diabetes Mellitus.

Detalhamento: Realizar cronograma de atualização de profissionais sobre Diabetes Mellitus, a ser realizado pela médica.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impresso do Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013, na unidade de saúde.

Detalhamento: Solicitar à Secretaria Municipal de Saúde a impressão do Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013. A ser realizado pela médica.

Ação: Estabelecer sinais de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso. A ser realizado pela médica. Detalhamento: Realizar reunião com os profissionais da UBS para apresentação do Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, 2013.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Realizar consulta médica e solicitar exames complementares conforme protocolo. A ser realizado pela médica.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Detalhamento: Realizar reunião com os profissionais da UBS para decidir o responsável pelo estoque de medicamentos. A ser realizado pela médica e enfermeira.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Implantar planilha de entrada e saída de medicamentos na UBS a ser realizado pela médica e pela enfermeira.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuário s hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Apresentar e discutir com os profissionais da UBS o Caderno de Atenção Básica nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizado pela médica.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de equipe para capacitação dos profissionais sobre os protocolos adotados pela unidade de saúde. A ser realizado pela médica.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais em Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes mellitus.

Detalhamento: Realizar cronograma de atualização de profissionais sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes mellitus. A ser realizado pela médica.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impresso do Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes mellitus 2013, na unidade de saúde.

Detalhamento: Solicitar à Secretaria Municipal de Saúde a impressão do Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizado pela médica.

Eixo III - engajamento público

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A ser realizado pela médica.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. A ser realizado pela médica.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à necessidade de realização de exames complementares. A ser realizador pela médica.

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Realizar consulta médica e orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. A ser realizador pela médica e demais membros da equipe.

Eixo IV - Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Detalhamento: Capacitar a equipe durante a reunião. A ser realizador pela médica.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Realizar reunião com os profissionais da UBS para apresentar e discutir o Caderno nº 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. A ser realizado pela médica.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Realizar reunião com os profissionais da UBS para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. A ser realizado pela médica e enfermeira.

2.3.2 Indicadores

Descrição dos indicadores utilizados para monitoramento da intervenção.

Relativo ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e /ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativa ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e /ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas

Relativo ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados

na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde c

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A intervenção será realizada utilizando, principalmente, o Caderno de Atenção Básica de Diabetes e Hipertensão (BRASIL, 2013)

Serão utilizados os registros documentados nos prontuários da família, para a confecção da ficha-espelho individual de cada usuário hipertenso e diabético da área adstrita, tais fichas ficarão disponíveis em um fichário, confeccionados para os mesmos (ambos realizados pela autora da intervenção).

Após a construção da ficha-espelho, a mesma será apresentada e discutida em reunião de equipe. Os dados da intervenção serão coletados pelos profissionais da unidade de saúde (médico, enfermeira, técnica de enfermagem). Estima-se alcançar o maior número possível de usuários mesmo com a falta dos ACS para fazer a busca ativa.

A divulgação das ações se dará através de cartazes e folhetos informativos, desenvolvidos e custeados pela autora, através das reuniões de equipe que se realizam semanalmente, os folhetos ficaram disponíveis na UBS e bares na área de abrangência.

As reuniões serão realizadas às quintas-feiras no período da manhã com uma duração aproximada de 3 horas. Nas reuniões, irá se esclarecer sobre a importância dos usuários hipertensos e diabéticos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Também, nas reuniões, irá se capacitar a equipe para o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos e também capacitar os agentes comunitários (quando chegarem) para a busca destes usuários que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Além disso, será informado à comunidade sobre a existência do Programa de Hipertensão arterial e Diabetes na UBS.

Inicialmente, os dados de identificação individual serão levantados pela equipe de enfermagem e pela médica através de revisão do prontuário, e captados usuários que procuram a UBS por livre demanda.

Nestes levantamentos, serão identificados os seguintes dados para o preenchimento das fichas-espelho para Hipertensão Arterial e Diabetes: nome de todos os usuários objeto da intervenção data de nascimento, idade, endereço, número do prontuário, histórico familiar de Hipertensão Arterial e Diabete (quando tiver estas informações).

Após o levantamento, será agendada consulta ou visita para aqueles com acompanhamento inadequado. Será aberta a ficha-espelho de cada um, com os dados levantados na consulta e os dados pertinentes, que anteriormente estavam registrados no prontuário. As avaliações serão desenvolvidas nos horários já existentes na agenda, sendo todos os dias nos turnos da manhã e tarde, por meio de agendamento e com as visitas domiciliares (se possível).

Já com a identificação dos usuários faltosos, será realizado contato telefônico pela recepcionista da UBS, além de realização de visita domiciliar para acompanhamento regular, a fim de aumentar a conscientização sobre a importância da realização de assistência a consultas e um adequado seguimento. Em caso de falta, será avaliado o motivo da ausência, objetivando adequar a razão das faltas com a logística do agendamento. O seguimento adequado dos usuários hipertensos e diabéticos terá muita importância para diminuir os indicadores de morbidade e mortalidade destes usuários. Dessa forma um rastreamento organizado de acordo com a periodicidade recomendada é um desafio a ser vencido para que se obtenha melhor relação custo-benefício possível com alta cobertura populacional.

Ficará a cargo da médica, nas consultas, e também da enfermeira, a realização das consultas e a solicitação de exames complementares, de acordo com as atribuições profissionais de cada um. Os usuários serão orientados quanto à necessidade de realização das consultas e quanto à periodicidade com que devem ser realizadas. Será efetuado e avaliado, continuamente, o registro adequado em prontuário clínico e ficha-espelho, dos procedimentos adotados

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações previstas no projeto de intervenção foram divididas em 4 eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

No eixo da avaliação e monitoramento foi solicitada a Gestão do município as fichas espelho para os usuários hipertensos e diabéticos e foi implantada na UBS, permitindo monitorar com maior eficácia, tanto a realização do exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, bem como o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais em dia e com acesso aos medicamentos da farmácia popular.

Tive dificuldade nas primeiras semanas de intervenção para realizar a reunião e capacitação da minha equipe porque não tinha equipe de saúde da ESF e realmente foi muito difícil levar a cabo o projeto de intervenção, até o último mês da intervenção que começou a estratégia com a chegada dos agentes comunitários de saúde e a enfermeira de minha equipe, não importando às dificuldades comecei o cadastramento e seguimento dos usuários hipertensos e diabéticos, realizei um levantamento do estoque e data de validade dos medicamentos na unidade em conjunto com a enfermeira existente na UBS, ao longo da intervenção acompanhei a realização do pedido de medicamentos, é de extrema importância que o profissional médico tenha

conhecimento dos medicamentos que estão a disposição na UBS na hora de prescrever um medicamento para um usuário, porque se o usuário sair com medicamento da unidade, as chances de adesão ao tratamento são muito maiores, por isso devemos priorizar fármacos que estejam a nossa disposição.



Figura 3 - Controle do estoque de medicamentos. Fonte arquivo da especializanda.

Durante a consulta é um dos momentos mais importantes para se dar orientações quanto aos cuidados com a alimentação, disponibilidade de medicamentos e seu uso, além de informações sobre as possíveis complicações destas doenças, para isso é necessário estar aberto para ouvir as dúvidas e anseios dos usuários e buscar uma solução para seus problemas, nestas consultas é importante realizar atividades de educação em saúde, o empoderamento dos usuários sobre as condições e as implicações das suas doenças é a melhor forma de prevenir complicações futuras. Outra orientação importante nas consultas é a importância da periodicidade dos exames complementares, os usuários devem entender que desse jeito teremos uma melhor condição de avaliar a sua real condição de saúde e definir uma adequada terapêutica a escolher.

Além das consultas, outro momento importante são os grupos, onde podemos conversar de forma mais diversa, de temas transversais a Hipertensão e Diabete, a troca de experiências entre os usuários, sempre dou informações de um tema relacionado com estas doenças, e o bom das atividades em grupos

é que as orientações são realizadas por toda a equipe o que de certa forma reforça a importância perante os usuários, além de ser um momento de troca de experiências entre os usuários.



Figura 4 - Encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos. Fonte arquivo da especializanda.



Figura 5 - Encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos. Fonte arquivo da especializanda.



Figura 6 - Encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos. Fonte arquivo da especializanda.

Ate o último mês da intervenção ainda não estava implantado o modelo de ESF, tive dificuldade com a busca ativa dos usuários faltosos a consulta por falta dos ACS consegui diminuir o número dos faltosos, conversando com eles sobre a importância de serem acompanhados e comparecerem as consultas nos dias agendados, tive que realizar novas estratégias, como fazer ligações telefônicas para os faltosos que ajudou muito ao comparecimento dos usuários, além da colocação de cartazes na frente da unidade, e deu bom resultado, felizmente. Algumas ações foram desenvolvidas de forma parcial porque não tinha uma equipe constituída durante a maior parte da minha intervenção, a pesar de todas às dificuldades, nenhuma das ações previstas deixou de ser realizadas, mesmo que parcialmente.

A função dos membros da equipe se deu em dois momentos, no primeiro quando não tinha equipe de ESF, mais contei com a ajuda da enfermeira existente nesse momento para a verificação de sinais vitais e triagem de usuários, bem como apoio nas atividades coletivas; no segundo momento que já possuía uma equipe de ESF ainda incompleta, porque esta composta por dois ACS, uma enfermeira e uma medica que neste caso sou eu, estamos discutindo o nosso trabalho e organizando a agenda, e por outra parte os ACS estão cadastrando a população adstrita. Vamos definir uma agenda de atividades de atualização e capacitação da equipe ao longo do ano, para obter

um bom trabalho em equipe. A reunião de equipe é um ótimo momento para trabalhar às atualizações e protocolos do Ministério de Saúde.



Figura 7 - Encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos. Fonte arquivo da especializanda

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram realizadas. Nem todas foi possível realizar na integra mas pelo menos parcialmente foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos a coleta e sistematização dos dados

A coleta de dados foi feita tranquilamente nas consultas, a maior dificuldade foi do registro na planilha de coleta de dados, mais com o decorrer da intervenção e com a ajuda da orientadora foi melhorando.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço

As ações desenvolvidas durante a intervenção ficaram integradas a rotina da UBS, além de que foi a pouco tempo implantada a ESF, minha equipe e a população tiveram uma boa acolhida e aceitação as ações, vamos dar continuidade as ações já implantadas para desta forma alcançar um melhor atendimento aos usuários.

Pretendemos também implementar ações em outros programas prioritários e que ainda não estão implantados na UBS devido ao fato de estarmos iniciando a ESF.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e /ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Na área adstrita de minha equipe temos uma estimativa (planilha disponibilizada pelo curso) de que existe um total de 608 hipertensos com 20 anos ou mais, no primeiro mês de intervenção foram atendidos um total de 39 hipertensos uma proporção de 6,4 %, no segundo mês 64 usuários foram cadastrados que equivale a 10,5%, já ao terceiro mês foram 80 usuários foram cadastrados que equivale a 13,2 % hipertensos cadastrados, no quarto mês com um total de 94 usuários hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados uma proporção de 15,5%. Conforme figura 8.

Finalizei a intervenção com a meta de cobertura não atingida, era de 50 % para hipertensos, ao final atingi uma proporção de 15,5% em cobertura de atendimento os hipertensos com 20 anos ou mais, claro que devemos sempre ter como objetivo principal alcançar uma cobertura de 100%. Enfrentei muitas dificuldades ao longo da intervenção para alcançar este número, a falta da equipe de estratégia de saúde da família completa, então a unidade trabalhava como Unidade Básica de saúde só com a licenciada em enfermagem no posto, a

falta dos agentes comunitários de saúde e a falta de um cadastramento da população da área foram as maiores dificuldades. Acredito que nos próximos meses vamos

melhorar a cobertura já que agora contamos com uma equipe completa que foi lentamente contratada pela secretaria de saúde.

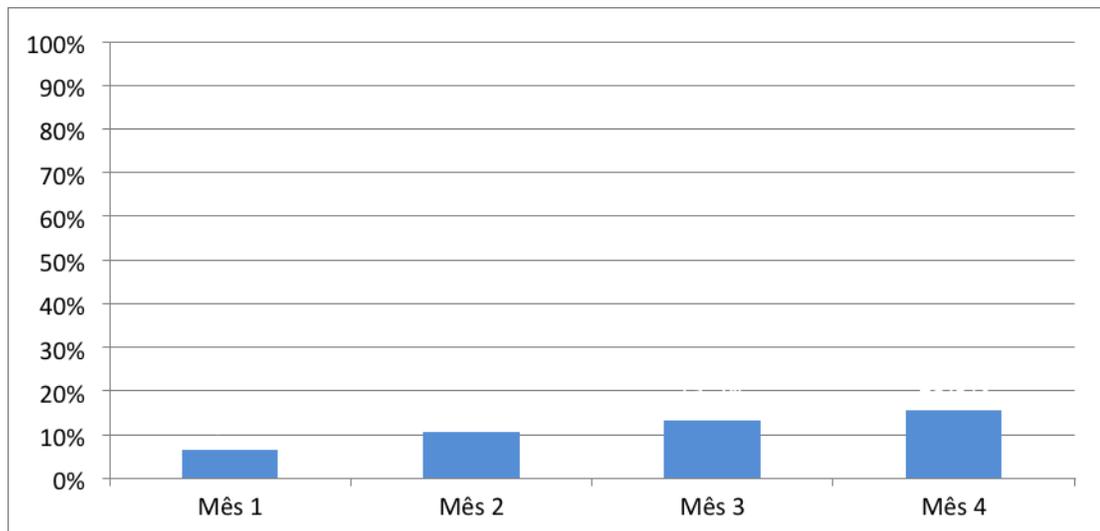


Figura 8 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.UBS Leocádia /Pelotas – RS 2014.

Meta 1.2 Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Temos uma estimativa da existência de um total de 150 diabéticos com 20 anos ou mais, no primeiro mês de intervenção foram cadastrado de 14 usuários uma proporção de 9,3 %, no segundo mês de intervenção o número de cadastrados foi de 23 (15,3 %) diabéticos, já no terceiro mês 28 (18,7 %), no quarto mês ao final da intervenção tivemos um total de 34 usuários cadastrados, atingindo uma proporção de cobertura de (22,0 %) da população diabéticos com 20 anos ou mais (Figura 9).

Finalizamos a intervenção sem alcançar a meta de cobertura, que era de 50 % para diabéticos, ao final chegamos a 22,0 % da cobertura diabéticos, claro

que devemos sempre ter como objetivo principal alcançar uma cobertura 100%. Creio que com a ajuda de minha equipe que agora encontra-se completa poderemos melhorar este número e talvez chegar a 100% nos próximos meses.

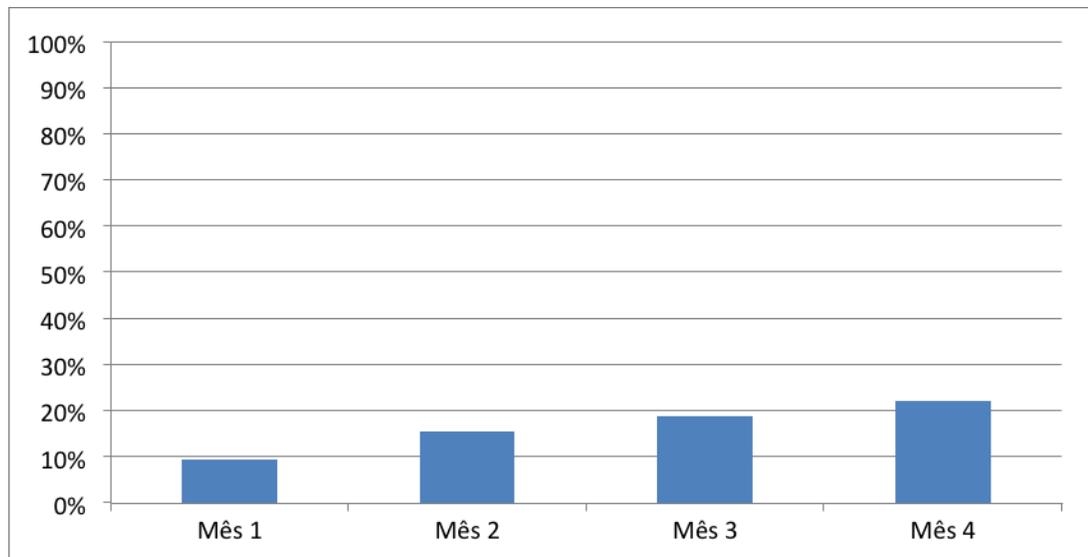


Figura 9 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.UBS Leocádia / Pelotas – RS 2014.

Relativa ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Tivemos 94 cadastrados, o exame clínico apropriado foi realizado em um total de 9 (23,1%) hipertensos ao longo do primeiro mês, já no segundo mês cadastramos 64 hipertensos e destes 35 (54,7%) tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo, no terceiro mês de intervenção dos 80 hipertensos atendidos 65 (81,3%) tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo, ao final do quarto mês de intervenção todos os 94 usuários hipertensos com 20 anos ou mais que foram cadastrados tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo adotado chegando a uma proporção de 100% (Figura 10).

A proporção de 100% só foi atingida no quarto mês devido ao tempo relativo de cada consulta e a demanda de usuários para atendimento na

unidade, também que no posto ao não estar completo foi difícil fazer um atendimento correto. Ainda tem que se levar em questão a relação de vínculo com os usuários que se criou ao longo dos quatro meses que permitiu finalizar a intervenção com o resultado melhor.

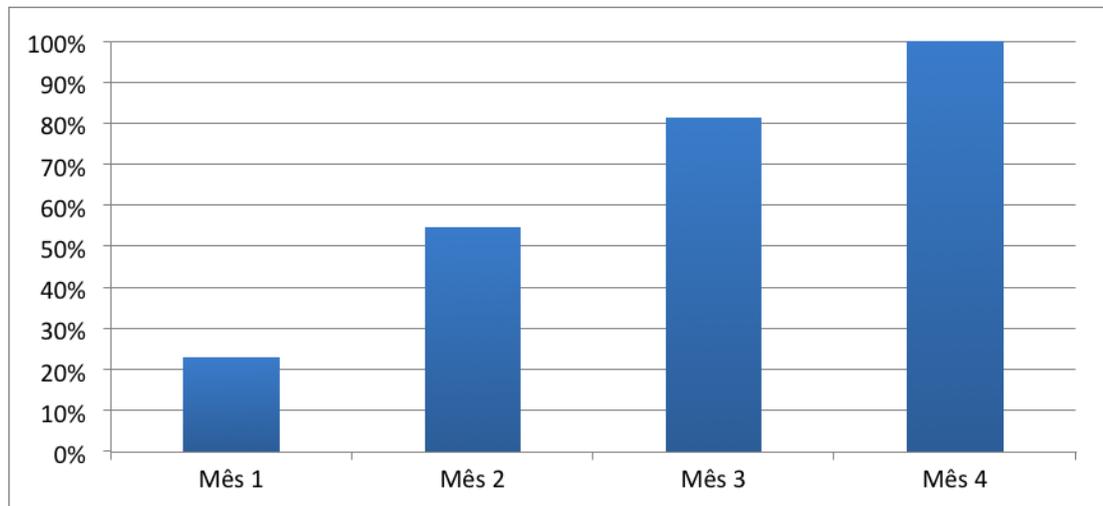


Figura 10 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS UBS Leocádia/ Pelotas – RS 2014.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro de intervenção dos 14 diabéticos cadastrados na unidade 5 (35,4%) tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo adotado, no segundo mês o número total de diabéticos cadastrados foi de 23 sendo um total de 14 (60,9%) com o exame de acordo com o protocolo, já no terceiro mês o número de usuários cadastrados foi de 28 sendo que destes 23 (82,1%) tiveram o exame clínico realizado de acordo com o protocolo, no final do quarto mês de intervenção 33 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados sendo que todos tiveram o exame clínico realizado, de acordo com o protocolo adotado atingindo uma proporção de 100% (Figura 11).

A proporção de 100% só foi atingida no quarto mês devido ao tempo relativo de cada consulta e a demanda de usuários para atendimento na unidade, também que no posto ao não estar completo foi difícil fazer um

atendimento correto. Ainda tem que se levar em questão a relação de vínculo com os usuários que se criou ao longo dos quatro meses que permitiu finalizar a intervenção com o resultado melhor.

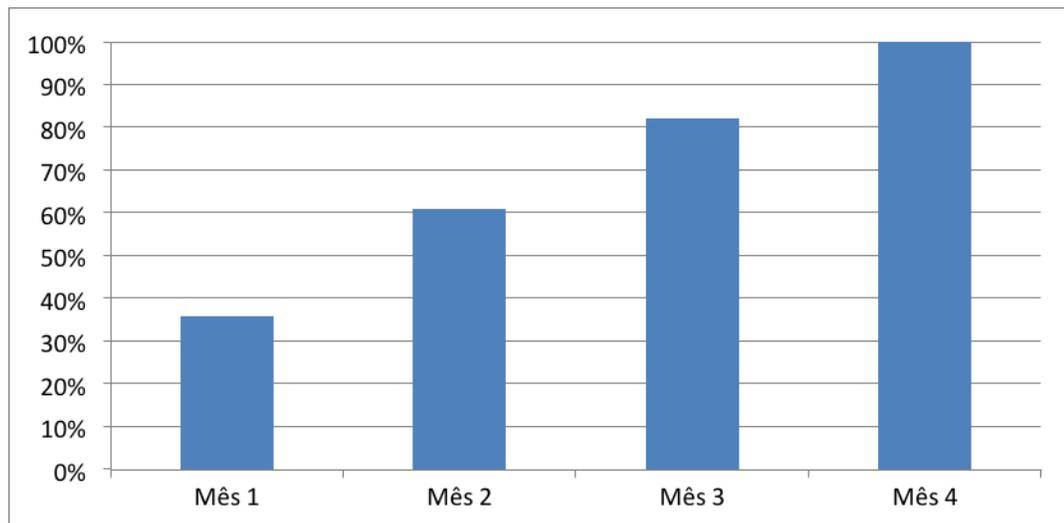


Figura 11 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Leocádia/ Pelotas – RS 2014.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês dos 39 hipertensos cadastrados 12 (30,8%) estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês dos 64 usuários cadastrados 21 (32,8%) possuíam exames complementares em dia, já no terceiro mês dos 80 hipertensos cadastrados 68 (85,0%) estavam com os exames complementares em dia, finalizei a intervenção com um total de 94 hipertensos cadastrados sendo que destes um total de 88 possuíam os exames complementares em dia uma proporção de 93,6% (Figura 12).

Em relação a meta de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, apesar de ter solicitado para todos os usuários devido à demora para a marcação e realização dos mesmos até o fechamento deste relatório ainda

não tinha o resultado dos exames de todos os usuários por isto não consegui atingir 100% e sim 94% da minha meta.

Para a melhoria do indicador é necessário o gestor disponibilizar exames e resultado em menor espaço de tempo.

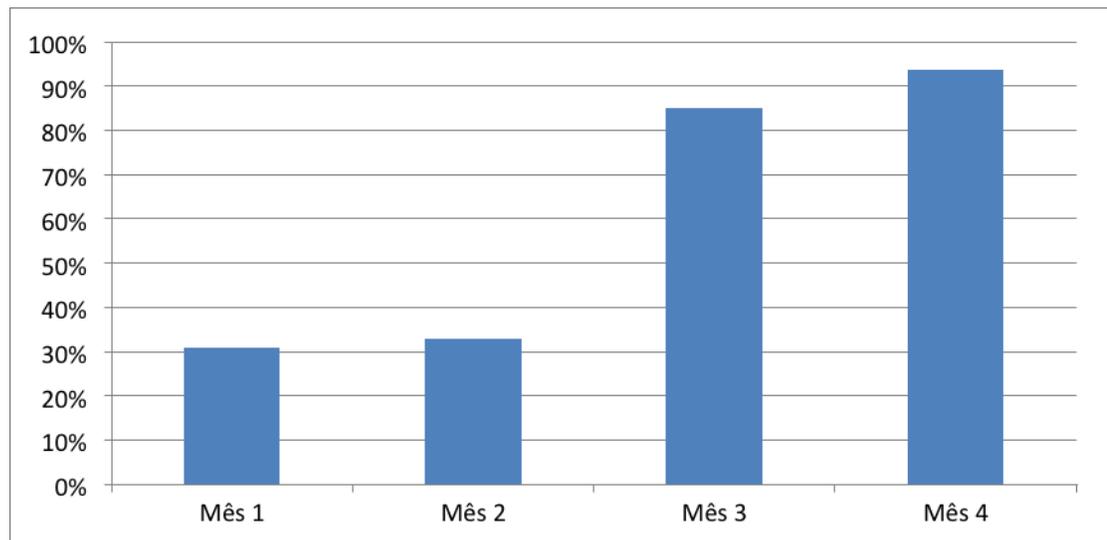


Figura 12 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Leocádia/ Pelotas – RS 2014.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção dos 14 diabéticos cadastrados com 20 anos ou mais 8 (57,1%) estavam com os exames complementares em dia, no segundo mês o número de foi de 23 e destes 13 (56,5%) estavam com os exames em dia, já no terceiro mês de 28 cadastrados 26 (92,9%) estavam com os exames em dia, ao final da intervenção tive um total de 33 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados sendo que 32 estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo adotado atingindo uma proporção de 97% (Figura 13).

Em relação a meta de exames complementares em dia, apesar de ter solicitado para todos os usuários devido à demora para a realização dos mesmo

até o fechamento deste relatório ainda não tenho o resultado dos exames de todos os usuários por isto não consegui atingir 100% e sim 97%

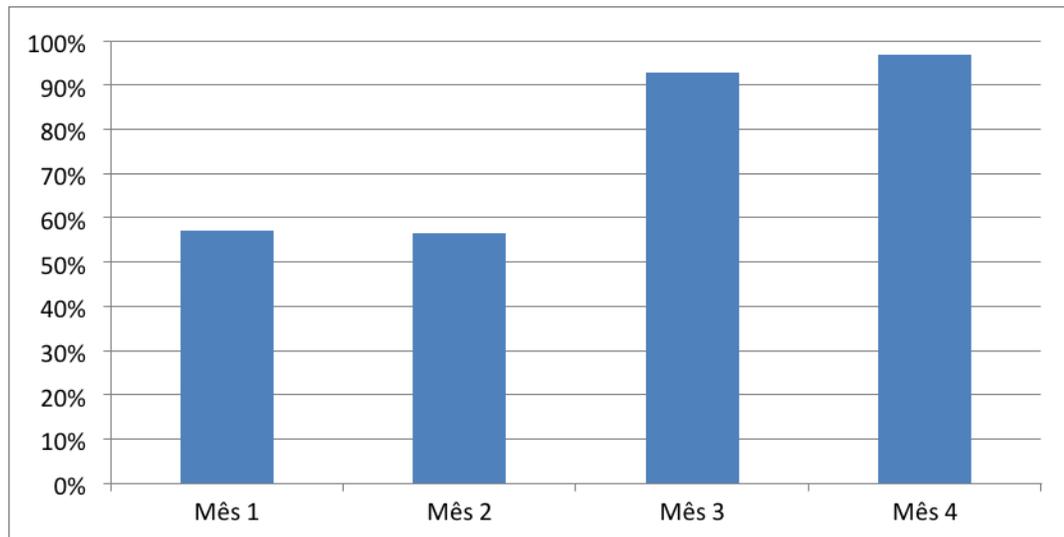


Figura 13 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Leocádia/ Pelotas – RS 2014.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No primeiro mês de intervenção dos 38 usuários hipertensos 37 (97,4%) utilizavam medicamentos da farmácia popular, no segundo mês dos 64 cadastrados 56 (87,5%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular, ao final do terceiro mês o número de cadastrados era de 80 e o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular era de 69 (86,3%), terminei a intervenção com um total de 94 hipertensos cadastrados deles 81 (86,2%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular (Figura 14).

A adequação da medicação é algo gradual, muitos usuários faziam uso da mesma medicação durante anos sem nenhuma adequação, para tal adequação muitas vezes é necessário exames complementares, por estes fatores a meta quase atingida de forma completa da intervenção, já que foi um trabalho gradual, muitas vezes de convencimento do usuário que o

medicamento que é fornecido na unidade ou na farmácia popular de forma gratuita tem o mesmo efeito que o medicamento pago.

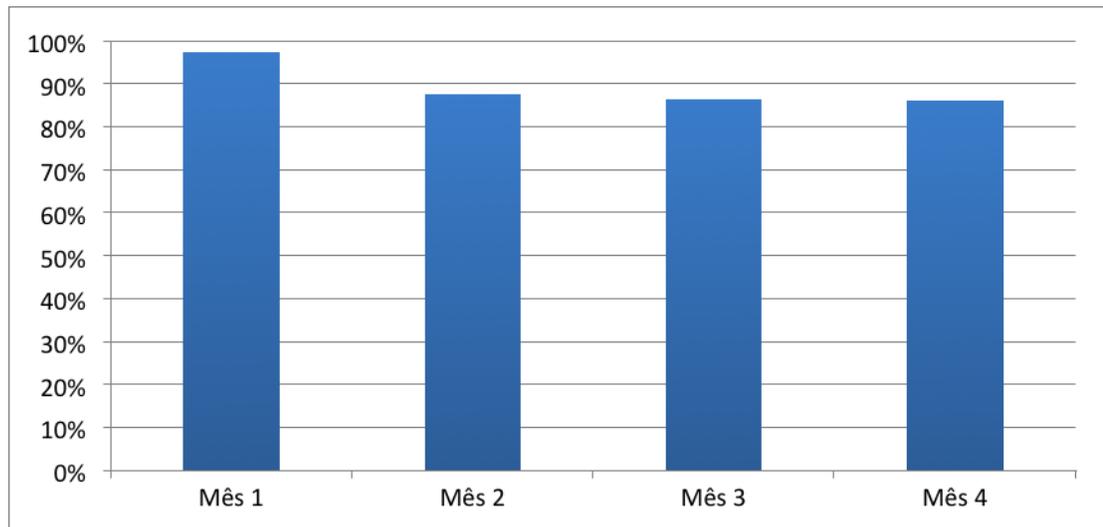


Figura 14- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS Leocádia/ Pelotas – RS 2014.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Todos os usuários diabéticos cadastrados ao longo dos quatro meses possuíam prescrição de medicamentos da farmácia popular, sendo que no primeiro mês o número de cadastrados foi de 13 usuários, no segundo mês 21, no terceiro mês 26 e ao final do quarto mês um total de 34 usuários diabéticos cadastrados, atingindo uma proporção de 100 % em todos os meses.

Como os medicamentos para diabéticos são mais restritos diferente dos medicamentos utilizados para hipertensos em sua maioria são prescritos medicamentos que estão disponíveis na unidade e ou na farmácia popular, não tive grandes problemas em relação a isso na comunidade.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 39 usuários cadastrados 3 (7,7%) realizaram avaliação odontológica, no segundo mês o número de cadastrados era de 64 sendo que 9 (14,1%), no terceiro mês dos 80 hipertensos cadastrados 15 (18,8%) tinham sido avaliados, ao final da intervenção tivemos um total de 94 hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados e destes 18 tinham passado por uma avaliação da necessidade de atendimento odontológico atingindo uma proporção de 19,1% (Figura 15).

Esta meta não foi atingida devido a dentista da unidade não fazer parte da equipe ESF, mas acordamos em reunião de equipe o atendimento odontológico cada 15 dias, mais este não é suficiente para obter a metas desejada. Para melhorar este indicador é necessário que a ESF seja contemplada com equipe de saúde bucal o tempo completo.

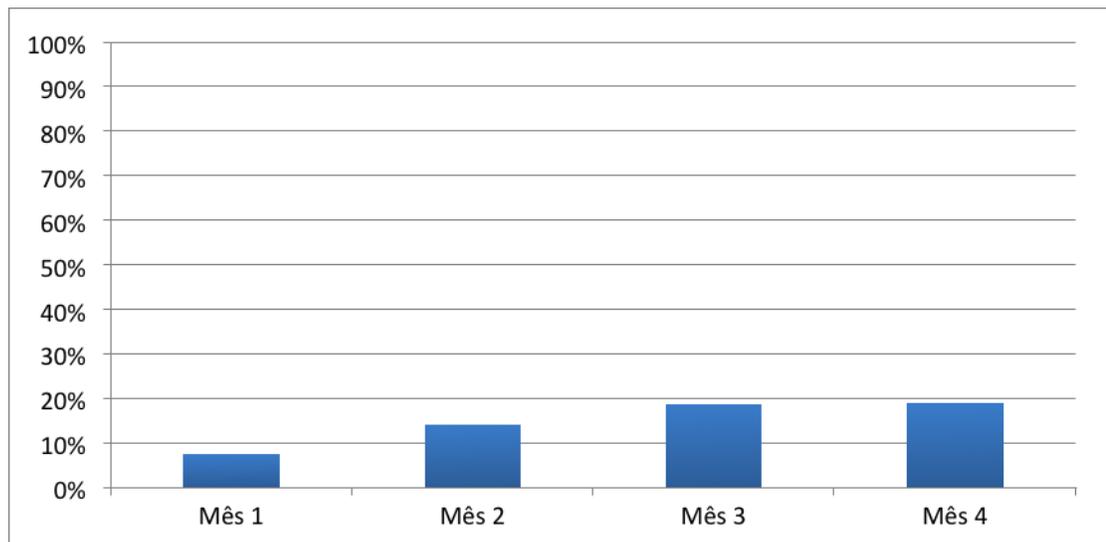


Figura 15 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS COHAB Leocáldia / Pelotas – RS 2014.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês de intervenção tivemos um total de 14 diabéticos cadastrados sendo que 2 (14,3%) passaram por avaliação odontológica, no segundo mês dos 23 cadastrados 5 (21,7%) tinham passado por avaliação odontológica, já no terceiro mês de 28 diabéticos cadastrados 6 (21,4%) estavam com avaliação odontológica, finalizei a intervenção com um total de 33 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados e destes 7 (21,2%) possuíam avaliação da necessidade de atendimento odontológico (Figura 16).

Esta meta não foi atingida devido a dentista da unidade não fazer parte da equipe ESF, mas acordamos em reunião de equipe o atendimento odontológico cada 15 dias, Mais este não é suficiente para obter a metas desejada. Para melhorar este indicador é necessário que a ESF seja contemplada com equipe de saúde bucal o tempo completo.

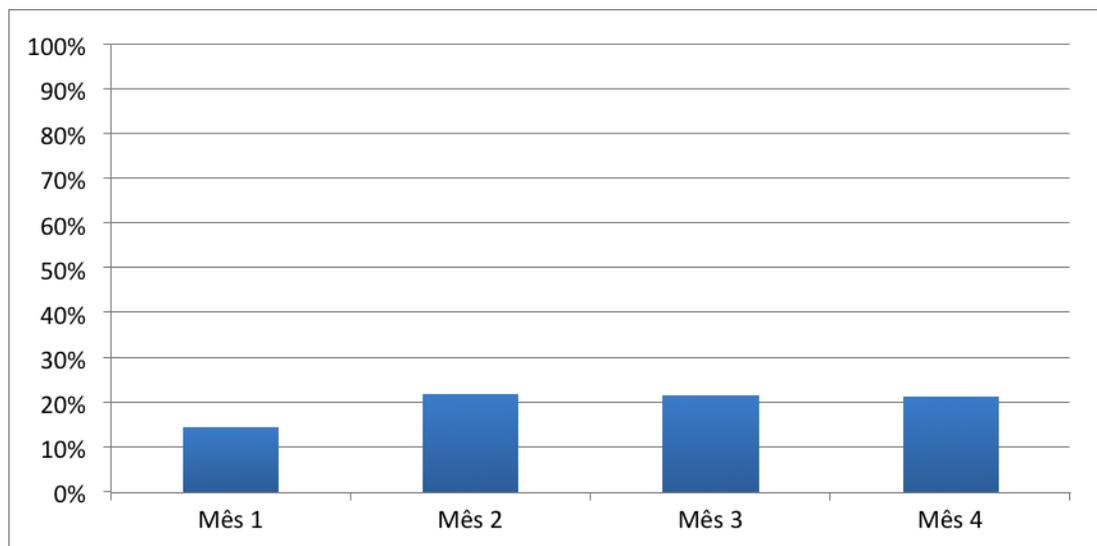


Figura 16 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS COHAB Leocádia/ Pelotas – RS 2014.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante o primeiro mês de intervenção tivemos um total de 36 hipertensos faltosos a consulta e destes nenhum recebeu busca ativa (0,0%), no segundo mês o número de faltosos foi de 21 usuários e foi realizada a busca ativa de 1(4,8%), no terceiro mês dos 13 hipertensos faltosos realizamos a busca ativa de 1 (7,7%), finalizamos a intervenção com um total de 7 hipertensos faltosos realizamos a busca ativa de 1(14,3%) usuários (Figura 17).

A busca ativa foi um dos grandes problemas da intervenção, a falta de agentes comunitários e de uma equipe completa impossibilitou a realização de busca ativa, a contratação do pessoal para completar os agentes só foi feita para o mês de Janeiro. Começando a trabalhar esse mesmo tempo com o cadastramento da população além que não é suficiente o pessoal contratado.

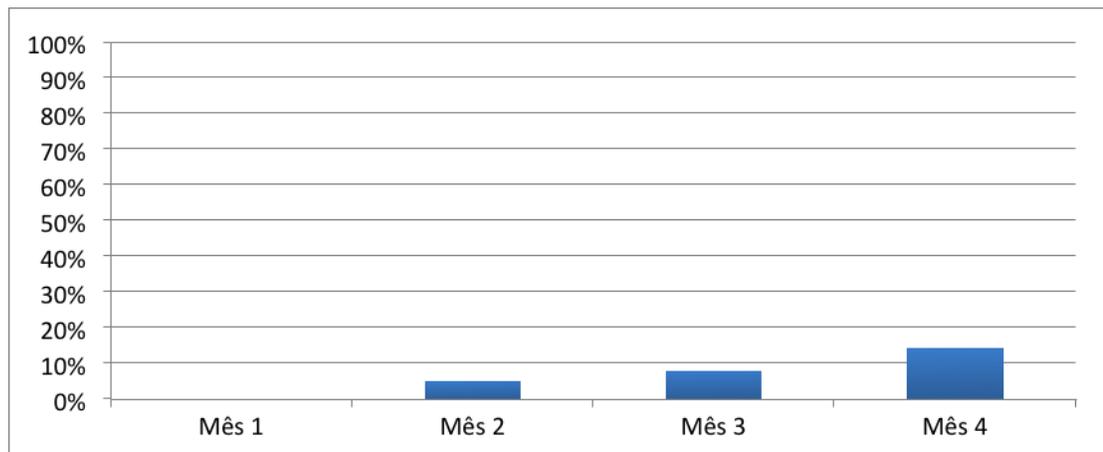


Figura 17 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. UBS COHAB Leocádia / Pelotas – RS 2014.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês de intervenção tivemos usuários diabéticos faltosos a consulta e não foi realizado a busca ativa, no segundo mês de intervenção tivemos um total de 12 usuários faltosos, no terceiro mês tivemos 6 usuários faltosos e no quarto mês 3 e em nenhum dos os meses a busca ativa foi realizada.

A busca ativa foi um dos grandes problemas da intervenção, a falta de agentes comunitários e de uma equipe completa impossibilitou a realização de busca ativa, a contratação do pessoal para completar os agentes só foi feita para o mês de Janeiro. Começando a trabalhar esse mesmo tempo com o cadastramento da população além que não é suficiente o pessoal contratado.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

100% dos usuários acompanhados tiveram os registros realizados. O registro na ficha de acompanhamento é algo gradual, assim como a adequação dos medicamentos e a realização do exame clínico, por isso a meta não foi fácil de ser atingida, resalto ainda que este registro na ficha de acompanhamento acaba por levar um tempo considerável e ainda existem outros documentos que nós profissionais da ESF temos que preencher, acontece que muitas vezes a falta de tempo, devido à grande demanda acabamos por preencher de forma incompleta a ficha de acompanhamento, mas é um cuidado que temos que ter e incorporar a nossa rotina.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Ao final da intervenção todos os 34 diabéticos com 20 anos ou mais estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento, uma proporção de 100%.

Ao longo dos quatro meses o atendimento ao usuário vai progredindo, o mesmo se dá com os registros na ficha de acompanhamento, ao final dos quatro meses consegui atingir a meta de 100% de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

A estratificação de risco cardiovascular é associada ao exame clínico e por tanto foi realizado de forma contínua ao longo dos quatro meses, ao final a meta foi atingida em 100%.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Como a estratificação de risco está associada ao exame clínico ela foi realizada de forma contínua nos quatro meses de intervenção, finalizo a intervenção com a meta de 100% atingida. Todos os atendidos diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No primeiro mês de intervenção tivemos um total de 39 usuários acompanhados e destes 39 (100%) receberam orientação nutricional, no segundo mês o número de acompanhados foi de 64 e um total de 64 (100%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, ao final do terceiro mês dos 80 acompanhados 80 (100%) receberam orientação nutricional, já no quarto mês de intervenção todos os 94 (100%) dos hipertensos com 20

anos ou mais tinham recebido orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A orientação sobre alimentação saudável tem que ser algo que esteja de acordo com a realidade que cada usuário, sinto que preciso conhecer melhor alguns usuários e entender suas condições para assim ter uma melhor ideia nas orientações sobre alimentação.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Dos 14 diabéticos acompanhados no primeiro mês intervenção 14 (100%) receberam orientações sobre alimentação saudável, no segundo mês o número de cadastrados foi de 23 e destes 23 (100%) receberam orientação nutricional, já no terceiro mês tivemos 28 diabéticos acompanhados e 28 (100%) receberam orientação nutricional, finalizei a intervenção com um total de 33usuários diabéticos com 20 anos ou mais acompanhados e todos (100%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A orientação sobre alimentação saudável tem que ser algo que esteja de acordo com a realidade que cada usuário, ache conhecer melhor alguns usuários e entender suas condições bem para assim ter uma melhor ideia nas orientações sobre alimentação.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Ao longo do primeiro mês de intervenção foram cadastrados 39 hipertensos destes 39(100%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, no segundo mês o número de cadastrados foi de 64 destes 64 (100%) receberam orientação, no terceiro mês de 80 cadastrados 80 (100%) foram orientados, finalizei a intervenção com 94hipertensos acompanhados e

todos eles receberam orientação sobre a prática de atividade física regular uma proporção de 100%.

E necessário fazer uma avaliação das condições físicas dos usuários, sua rotina diária para desse jeito, dar as melhores orientações de qual atividade física eles precisam de acordo com a sua faixa etária.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física

Ao longo do primeiro mês de intervenção cadastrado 14 diabéticos destes 14 (100%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, no segundo mês o número de cadastrados foi de 23 destes 23 (100%) receberam orientação, no terceiro mês de 28 cadastrados 28 (100%) foram orientados, finalizei a intervenção com 33 diabéticos acompanhados e todos eles receberam orientação sobre a prática de atividade física regular uma proporção de 100%.

E necessário fazer uma avaliação das condições físicas dos usuários, sua rotina diária para desse jeito, dar as melhores orientações de qual atividade física eles precisam de acordo com as suas condições e sua faixa etária.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

De todos os 39 hipertensos acompanhados no primeiro mês 39 (100%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, ao segundo mês 64 hipertensos cadastrados e 64 (100%) receberam orientação, já ao final do terceiro mês tive um total de 80 hipertensos acompanhados e destes 80 (100%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, terminei a intervenção com 94 usuários cadastrados e todos (100%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

A maioria dos usuários já tinham o mínimo conhecimento sobre os riscos do tabagismo, além disso fui incluindo paulatinamente em minhas consultas

conselhos e orientações para enriquecer seus conhecimentos enquanto ao mal costume. Ao final da intervenção atingi a meta em 100% de hipertensos com 20 anos ou mais com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Ao final do primeiro mês de intervenção dos 14 usuários acompanhados 14 (100%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês dos 23 acompanhados 23 (100%) receberam orientação, já no terceiro mês dos 28 acompanhados 28 (100%) receberam orientação, terminamos o quarto mês de intervenção com 100% dos 33 diabéticos acompanhados com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A maioria dos usuários já tinham o mínimo conhecimento sobre os riscos do tabagismo, além disso fui incluindo paulatinamente em minhas consultas conselhos e orientações para enriquecer seus conhecimentos enquanto ao mal costume. Ao final da intervenção atingi a meta em 100% dos diabéticos com 20 anos ou mais com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês foram cadastrados 39 hipertensos e destes 39 (100%) receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês de 64 cadastrados 64 (100%) receberam a orientação, ao final do terceiro mês dos 80 acompanhados 80 (100%) receberam orientação sobre higiene bucal, finalizei o quarto mês de intervenção com 94 hipertensos com 20 anos ou mais cadastrada e todos receberam orientação sobre higiene bucal uma proporção de 100%.

A orientação sobre higiene bucal foi feita durante as consultas de forma que busquei conhecer melhor os costumes sociais da comunidade e a sua rotina com relação a higiene, ao final dos quatro meses a meta foi atingida.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados de 14 diabéticos com 20 anos ou mais destes 14 (100%) receberam orientação sobre higiene bucal, já no segundo mês dos 23 cadastrados 23 (100%) receberam orientação, no terceiro mês o número de cadastrados foi de 28 diabéticos e destes 28 (100%) receberam orientação a respeito da higiene bucal, finalizei a intervenção com 33 diabéticos cadastrados e todos (100%) com orientação sobre higiene bucal.

A orientação sobre higiene bucal foi feita durante as consultas de forma que busquei conhecer melhor as costumes sociais de a comunidade e a sua rotina com relação a higiene, ao final dos quatro meses a meta foi atingida.

4.2 Discussão

Na unidade onde eu estou lotada, anteriormente não havia uma equipe de ESF com ações programáticas organizadas de acordo com o Ministério da Saúde. Com a intervenção foi possível iniciar o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde, além de aumentar a cobertura de atendimento aos hipertensos e diabéticos, no final da intervenção ampliamos a cobertura da atenção aos hipertensos para 15,5% e a cobertura aos diabéticos para 22%. Estes avanços demonstram que mais hipertensos e diabéticos foram incluídos para o acompanhamento de sua saúde na UBS.

A intervenção proporcionou a capacitação da equipe acerca de protocolos do MS e sobre acolhimento que fomentaram a Educação Permanente em Saúde, sendo realizada no local de trabalho na busca da mudança do processo de trabalho, para um melhor atendimento dos usuários. As mudanças nos processos de trabalho devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articulados entre si e ser criados a partir da problematização focadas nas realidades locais. Devem levar os diferentes atores que atuam no local de

trabalho a questionar sua maneira de agir, o trabalho em equipe, a qualidade da atenção individual e coletiva e a organização do sistema como rede única.

A UBS teve ganhos inúmeros, começando com o início do cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos até a melhoria da qualidade e ampliação dos serviços prestados, o melhor controle de insumos e uma melhora significativa nos registros existentes na unidade, o que possibilitou a realização do monitoramento e avaliação dos usuários.

Para a comunidade a intervenção teve um bom impacto por meio de atividades de educação em saúde e orientações durante as consultas, palestras e rodas de conversas contribuindo, assim, para a melhoria da saúde e muito importante lograr uma mudança no estilo de vida dos usuários hipertensos e diabéticos contribuindo de esse jeito melhorar a qualidade de vida deles.

Já nestes momentos estamos cadastrando a população de nossa área adstrita, com a equipe da ESF, as atividades de educação em saúde podem ser realizadas de forma mais ampla, vamos ter um melhor acompanhamento dos usuários com a ajuda dos agentes comunitários de saúde e o processo de implantação da ESF vai se consolidando de forma mais integral.

No início da intervenção as atribuições dos membros da equipe estavam concentradas só na figura do médico, mais com a ESF pretendemos definir as atribuições dos membros da equipe.

Temos como meta a finalização do cadastramento dos usuários da área adstrita, e por enquanto a ampliação da cobertura e da qualidade de atendimento a hipertensos e diabéticos bem como a realização do planejamento em outras ações programáticas que também formam parte do trabalho da ESF.

5 Relatório da Intervenção para os Gestores

Senhora secretária

Eu faço parte do Programa Mais Médicos, e como parte da formação está a realização da Especialização Saúde da Família na modalidade EaD da UFPEL, para o qual estávamos liberados 8 horas semanais para nos dedicarmos aos estudos. Durante a realização do curso tivemos a oportunidade de conhecer o território da área de abrangência da UBS, detectar fragilidades e propor uma intervenção, realizar e avaliar a mesma.

Com a finalidade de buscar o aumento na cobertura e uma melhoria na qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais, foi implementado uma intervenção com duração de 16 semanas na UBS Leocádia, onde estou lotada.

Ao longo da intervenção conquistamos os seguintes resultados, por exemplo, o aumento da cobertura tanto dos hipertensos quanto dos diabéticos. Ao final, atingiram-se 94 hipertensos (15,5%) e 34 diabéticos (22%), graças às atividades que envolveram monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica e organização e gestão do serviço. Salientamos que a meta que nos propomos atingir não foi alcançada, entendo que para um maior aumento da cobertura se faz necessário o termino do cadastramento dos usuários da área de abrangência,

Cadastramento este que já está em andamento, após a chegada dos agentes comunitários de saúde que tem um importante papel na busca ativa

destes usuários. Além de aumentar a cobertura, melhoramos o cuidado para estes usuários, realizamos exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos, realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, não foi possível atingir a meta pactuada de 100%, para os hipertensos e diabéticos pela dificuldade dos usuários realizarem os exames solicitados e demora no retorno dos resultados. Sendo necessário melhorar o acesso e a resolutividade.

Para 100% dos usuários foi disponibilizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, sendo que, a meta alcançada decorreu do acesso aos fármacos alocados na UBS, pois, muitos usuários não têm condições de irem até a Farmácia Popular buscar os medicamentos.

Para melhorar a saúde bucal dos hipertensos e diabéticos é necessário profissional em tempo integral na UBS e que trabalhe na lógica das ações programáticas, pois o atendimento ainda é muito curativo. E não atingimos as metas pactuadas quanto à saúde bucal. Finalizei a intervenção com um total de 34 diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados e destes 7 possuíam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, ainda com relação aos hipertensos tivemos um total de 94 usuários com 20 anos ou mais cadastrados e destes 18 tinham passado por uma avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

6 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Senhores e senhoras, membros da comunidade do bairro Leocádia, realizamos nesta UBS uma intervenção com duração de 16 semanas para os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus para melhorar o acesso e o cuidado e contribuir com uma melhor qualidade de vida destes usuários.

Nesta UBS concordamos por trabalhar com usuários hipertensos e/ou diabéticos após uma análise da situação dos usuários da unidade, onde percebemos que se fazia necessário uma ampliação na cobertura e uma melhora na qualidade do atendimento prestado aos hipertensos e diabéticos, levando em conta os riscos de complicações decorrentes do agravamento destas doenças associado à falta de acompanhamento médico destes usuários, a falta de orientação quanto aos cuidados como alimentação saudável, a importância da realização de exercícios físicos, por enquanto demos orientações para abordar de forma integral durante todas as atividades, tanto individuais, como nas consultas, nos grupos que realizamos, sempre pensando na melhoria da saúde da comunidade, muitos usuários vinham a UBS, mas não de forma sistemática a procura era mais quando estavam doentes.

Além de melhorar o acesso, estávamos muito preocupados quanto a maneira que o atendimento, cuidado, era realizado aqui na UBS, e também nos propomos melhorar o exame clínico realizado, ou seja, que os usuários fossem examinados durante as consultas de forma apropriada, disponibilizamos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, solicitar a todos exames complementares e realizar a estratificação de risco cardiovascular em todos os

usuários. Durante a participação dos usuários nos grupos, nas consultas, reforçamos muito a necessidade do alto cuidado, a realização de atividade física, alimentação saudável, os malefícios do alcoolismo e tabagismo. O tratamento com remédios é muito importante e não pode ser interrompido, mas, se for associado com os cuidados com a saúde, melhora a saúde dos usuários com integralidade.

Para a intervenção organizamos todas as atividades a serem realizadas quando chegavam a UBS era aberto prontuário, anotávamos na carteirinha dos usuários e nos nossos papeis, tudo que realizamos durante as consultas, para isso a equipe foi capacitada para melhorar o atendimento o acolhimento, organizamos a agenda, melhoramos os encontros nos grupos. Todas as ações foram monitoradas para ver se estávamos realizando conforme planejamos. Tivemos um problema porque muitos usuários agendavam as consultas e não compareciam, isto foi bastante trabalhoso para a equipe de saúde, pois não havia ACS.

Felizmente chegamos ao final da intervenção com ótimos resultados, de uma estimativa de 608 usuários hipertensos destes cadastramos 94 (15,5%) de cobertura, de uma estimativa de 150 usuários diabéticos cadastramos 34 (22%) de cobertura, foi um ganho porque começamos a trabalhar com uma equipe incompleta e tradicional, a equipe irá incorporar a intervenção na rotina de trabalho e desse jeito realizar o cadastramento do 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Esperamos cada vez mais qualificar nossas práticas para prestar uma atenção integral aos nossos usuários, aumentando cada vez mais a cobertura e a qualidade dos atendimentos, e alcançar uma adequada qualidade de vida dos usuários.

Para alcançarmos estas melhorias precisamos contar com um maior engajamento da comunidade. Contamos com vocês!!

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

O curso teve uma importância em minha prática profissional, no sentido de me ajudar a trabalhar de forma organizada, planejar minhas ações, para um adequado manejo dos usuários na unidade, tendo como base os protocolos adotados no Brasil. Com a intervenção tive a oportunidade de conhecer a real situação do território, através da estrutura, processo e resultado, logrando um planejamento em saúde em relação às necessidades da população, além das dificuldades no processo da intervenção, porque o trabalho do médico inserido na ESF foi implantado logo depois de começar a intervenção.

Foram muito importantes ao longo do curso os casos interativos e os estudos da prática clínica, porque me permitiram me atualizar sobre conteúdos cotidianos nas unidades básicas de saúde, que me permitiram adotar a conduta no Brasil. O curso me permitiu melhorar a qualidade na atenção dos usuários, porque é nosso principal objetivo, e dessa forma garantir uma melhor qualidade de vida.

Referências

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A Educação Permanente entra na roda: polos de Educação Permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Atenção Básica. Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) .

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Linhas de cuidado: **hipertensão arterial e diabetes.** / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il. ISBN 978-85-79

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica da Hipertensão Arterial, n.37. Brasília, DF, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica Diabetes Méllitos, n.36. Brasília, DF, 2013.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica Obesidade, n.38. Brasília, DF, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Linhas de cuidado: **hipertensão arterial e diabetes.** / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.: il. ISBN 978-85-79

ANEXOS

Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Illa Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante

